

СОСТОЯНИЕ ВЕНОЗНОЙ СТЕНКИ И ФЛЕБОСКЛЕРОЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

Витебский государственный
медицинский университет

Морфология варикозной болезни достаточно хорошо изучена [1, 2, 3, 4], в то же время следует сказать, что изучение патологической анатомии этого широко распространенного заболевания, связано в первую очередь с гистологическими исследованиями удаленных вен, и в меньшей степени с состоянием стенки живой вены и ее взаимоотношениями с окружающими тканями у конкретного больного. Подобное положение понятно, так как для целей оперативного лечения нет необходимости существенно отличать характер стенки вены и оценивать ее плотность и эластичность в дооперационном периоде, значительно большее значение имеет наличие дополнительных ветвей, крупных узлов, тромбированных участков, поскольку оперативное лечение направлено прежде всего на те стадии заболевания, которые в большей или меньшей степени связаны с осложнениями, тогда как флебосклерозирующая терапия оперирует в диапазоне от косметического дефекта до начальных стадий декомпенсации. Практически не освещен этот вопрос как в отечественной [4,5], так и в зарубежной [6] литературе. Внимательное изучение венозной стенки «in vivo», непосредственно на конечности, позволяет предварительно оценить ее характер, что в известной степени отражается на выборе технических и тактических приемов, а также объемов и концентраций препарата. Таким образом, правильная классификация становится основанием для адекватно выбранного лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты осмотра 780 больных, страдающих варикозной болезнью. Осмотрено 1116 конечностей. Оценка производилась на основе ви-

зуальных и пальпаторных исследований, при этом принимались во внимание плотность и эластичность сосудистой стенки, состояние окружающей вену клетчатки, наличие уплотнений, фиксация вены к подлежащим тканям.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На практике часто приходится встречаться с изолированными, ограниченными варикозами очень нежных, малых притоков, располагающихся непосредственно под кожей. Стенка таких вен чрезвычайно тонка, податлива. Вена имеет вид голубого извитого ручейка. Разумеется, подобные варикозы не приводят к функциональным нарушениям, но представляют собой значительный косметический дефект, что также входит в сферу интересов флебосклерозирующей терапии. Это первый тип венозной стенки, который мы в предлагаемой нами классификации называем «синяя» вена. Пункция ее часто дает гематомы, поэтому особое внимание следует уделить технике пункций, подбору инструментов, концентрации препарата. Одним словом выделение «синей» вены в отдельную классификационную группу абсолютно правомерно, так как к данной группе венозных ветвей существует свой, свойственный только им системный подход при применении флебосклерозирующей терапии.

Второй тип вены, называемый нами «мягкая», может приводить к функциональным нарушениям, так как представляет собой хорошо развитую варикозную сеть, составленную, как правило, из магистралей и крупных притоков. Эта вена мягкая и эластичная, легко сжимается при надавливании и опорожняется от крови, в ней не пальпируется уплотнений, хотя размер ее может быть и значительным. Как правило, такие вены бывают у пациентов с небольшим стажем заболевания и при отсутствии большого венозного давления в них. «Мягкая» вена хорошо пунктируется, и при правильно проведенном лечении хорошо спадается, оставляя после себя на некоторое время на коже темный след.

ТАБЛИЦА 1. Распределение больных по характеристике венозной стенки (по мере ухудшения эластичности)

№ п/п	Характеристика стенки вены	%
1.	«Синяя»	12.3
2.	«Мягкая»	57.2
3.	«Плотная»	9.0
4.	«Канавка»	21.3

ТАБЛИЦА 2. Результаты лечения в зависимости от характеристики венозной стенки

№п/п	Характеристика вены	Результат (%)		
		отличный	хороший	удовлетв.
1.	«синяя»	89.2	11.8	--
2.	«мягкая»	79.7	16.3	4.0
3.	«плотная»	66.7	29.6	4.2
4.	«канавка»	59.4	32.8	7.8

При наличии длительного заболевания, особенно если гидродинамика патологии такова, что поверхностные вены напряжены, окружающая вену клетчатка в результате постоянного воздействия со стороны венозной стенки начинает уплотняться, подвергаться частичному фиброзу, перерождению и, если на передней стенке, прилежащей к коже, изменяющийся тканевой комплекс превращается в собственно варикоз, то задняя полуокружность вены с окружающими тканями постепенно превращается в подобие желоба, с достаточно плотной задней стенкой, фиксированной к окружающим тканям. Она теряет эластичность и способность полностью спадаться при обескровливании вены. Клинически это определяется как при пальпации, так и в горизонтальном положении больного с приподнятой конечностью. Если «мягкая» вена при этом практически не видна, или просматривается через кожу в виде синеватой полоски, то вена третьего типа, после опорожнения четко прослеживается в виде более или менее заметного углубления по ходу вены. Такая вена в нашей классификации получила название «канавки». Этот момент, совершенно несущественный для оперативного лечения, имеет огромное значение при проведении флебосклерозирующей

терапии, поскольку немаловажно какой вид будет иметь вена после проведенного лечения.

И последний тип венозной стенки, которую мы называем «плотная», так как она встречается чаще у мужчин, хотя изредка бывает и у женщин. Внешне такая вена похожа на второй тип, то есть на «мягкую» вену, однако стенка «плотной» вены толще и более упругая на ощупь, и в то же время эластичная. Передняя и задняя стенки легко соприкасаются между собой при сдавливании, так как задняя стенка свободна, и лежит, как правило, непосредственно на фасции.

У всех указанных больных флебосклерозирующая терапия была произведена препаратом тромбовар, в концентрации 0,75 – 1,0%, по общепринятой схеме с воздушным блоком и последующей компрессией. Непосредственные результаты оценивались по окончании лечения, то есть в сроки от 7 до 14 суток, при этом. При отсутствии осложнений непосредственный результат оценивался как «отличный». При наличии кровоизлияний, ограниченного инфильтрата или ограниченного флебита, как «хороший», при наличии двух из указанных осложнений – как «удовлетворительный», более двух, или при наличии более серьезных осложнений – как «не-

удовлетворительный». Следует отметить, что в качестве более серьезного осложнения мы встретились с нагноением гематомы после пункции один раз, поэтому неудовлетворительный результат не фигурирует в оценках как не поддающийся статистическому анализу. Непосредственные результаты лечения в зависимости от характера венозной стенки, распределились следующим образом.

Наличие «хороших» результатов при пункции «синей» вены обусловлено как правило гематомой на месте пункции, которая через несколько дней бесследно рассасывается, однако мы сочли необходимым не отказываться от этого критерия, коль скоро он имеет место.

Ко всему вышесказанному следует добавить, что состояние венозной стенки нельзя рассматривать изолированно, вне связи с окружающими тканями, особенно это касается некоторых характеристик подкожно- жировой клетчатки, окружающей вену. При наличии нежного, мягкого и достаточно рыхлого подкожно- жирового слоя небольшой толщины, практических затруднений в проведении склерозирующей терапии, как правило не возникает. Другое дело, когда у больного имеется достаточно толстый слой плотной клетчатки. В этом случае условий для полного спадения вен при их опорожнении значительно менее благоприятны за счет тургора окружающих тканей, что также требует особого подхода к технике операции.

ВЫВОДЫ

1.Склерозирующая терапия требует более детального предварительного анализа состояния венозной стенки и окружающей вену клетчатки, чем оперативное лечение.

2.Предлагаемая классификация состояния венозной стенки позволяет сформировать специфические методические подходы к различным типам вен при применении флебосклерозирующей терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство по хирургии под ред. Б.В.Петровского, том X, М., Медицина, 1964г.
2. Мамактавишвили Д.Г. Болезни вен. М., Медицина, 1964г.
3. Вальдман В.А. Заболевания венозной сосудистой системы. М.,1967г.
4. Клемент А.А., Веденский А.Н. Хирургическое лечение заболеваний вен конечностей. – Л.,Медицина. 1976.
5. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. Москва, 1999, 127 с.
6. Classification and Grading of Chronic Venous Disease in Lower Limbs. A Consensus Statement. *Phlebology*, 1995; 1: 103-108.